

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

## REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

w projekcie

pn. „Świadoma profilaktyka II - program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego”

(dla Uczestników projektu w zakresie programu profilaktycznego)

### §1

#### Przepisy ogólne

- 1) Regulamin określa ramowe zasady rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Świadoma profilaktyka II - program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego”.
- 2) Program współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Działanie: X.3 Ochrona utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Poddziałanie: X.3.2 Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu.
- 3) Projekt pn. „Świadoma profilaktyka II - program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego ” realizowany jest przez Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii w Łodzi, ul. Pabianicka, 63 93-513 Łódź, NIP 729-234-55-99, REGON 000295403 przy udziale podmiotów leczniczych wybranych do świadczenia usług.
- 4) Czas trwania projektu: 01.05.2021-31.10.2023

### §2

#### Definicje

Ilekcroć w Regulaminie jest mowa o:

- 1) **Beneficjencie** - rozumie się przez to Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii w Łodzi, ul. Pabianicka 63, 93-513 Łódź;
- 2) **Partnerze** - rozumie się przez to Adamed Sp. z o.o ul. Paderewskiego 11, 93-530 Łódź;
- 3) **Programie** - oznacza to Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Działanie: X.3 Ochrona utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Poddziałanie: X.3.2 Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu. Przyjęty Uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego nr 276/18 z dnia 2 marca 2018 r., w związku z decyzją Komisji Europejskiej z dnia 18 grudnia 2014 r. Nr CCI2014PL16M20P005;
- 4) **Projekcie** - oznacza to Projekt pn. „Świadoma profilaktyka II - program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego” realizowany w ramach działań określonych w zatwierdzonym Wniosku o dofinansowanie projektu nr RPLD.10.03.02-10-009/20.

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry  
dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

Realizacja projektu odbywa się na podstawie podpisanej przez Beneficjenta umowy o dofinansowanie projektu z Województwem Łódzkim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Łódzkiego;

- 5) **Uczestniku Projektu** - oznacza to osoby spełniające kryteria osób objętych wsparciem w ramach Poddziałania: X.3.2 Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 oraz wniosku o dofinansowanie RPLD.10.03.02-10-009/20;
- 6) **Osoba pracująca** - osoba aktywna zawodowo - zatrudnienie w oparciu: o umowę o pracę, umowy cywilno - prawne (umowa zlecenie, dzieło), pracująca na własny rachunek (prowadząca działalność gospodarczą).
- 7) **Osoba bezrobotna** - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia.
- 8) **Biurze Projektu** - oznacza to miejsce przechowywania dokumentacji projektowej tj. ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź;
- 9) **Stronie internetowej Projektu** - strona dostępna pod adresem: <https://www.kopernik.lodz.pl/sg-swiadoma-profilaktyka-ii-nowotworow-skory/>

### §3

#### Zasady realizacji projektu

- 1) Udział w programie jest dobrowolny. Uczestnicy części diagnostycznej Programu na każdym etapie mogą zrezygnować z udziału.
- 2) Każdy Uczestnik Projektu może wziąć w udział w Projekcie tylko jeden raz.
- 3) Realizacja projektu będzie miała miejsce w następujących lokalizacjach:
  - a) **Beneficjent** - Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi  
Gabinet konsultacyjny zlokalizowany w Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej  
wejście od ul. Paderewskiego 4
  - b) **Partner** - ZOZ Adamed Sp. z o.o. w Łodzi  
Placówka POZ - ul. Paderewskiego 11, Łódź  
Placówka POZ - al. Politechniki 5, Łódź
- 4) Nadzór nad realizacją zadań w ramach Projektu pełni Biuro Projektu. Biuro Projektu będzie dostępne jest od poniedziałku do piątku w godzinach od 08.00 do 15.00, tel. 042 689 58 98, e-mail: [profilaktyka@kopernik.lodz.pl](mailto:profilaktyka@kopernik.lodz.pl).

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

#### §4

##### Zakres świadczeń udzielanych w projekcie

- 1) Kwalifikowalność osób zgłaszających chęć udziału w Projekcie weryfikowana będzie przez Beneficjenta na etapie rekrutacji do projektu oraz w momencie przystąpienia do Projektu na podstawie wypełnionego „Formularza zgłoszeniowego” (zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 i 2 do Regulaminu).
- 2) Przed udzieleniem wsparcia Uczestnik Projektu jest zobowiązany do przekazania Beneficjentowi/Partnerowi wypełnionego „Oświadczenia Uczestnika Projektu” (zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 3 i 4 do Regulaminu) oraz „Zakresu danych osobowych powierzonych do przetwarzania” (zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 5 i 6 do Regulaminu).
- 3) Przed zgłoszeniem się na konsultację dermatologiczną w siedzibie Beneficjenta pacjent będzie zobowiązany do wypełnienia i przekazania lekarzowi formularza „Karta ryzyka” (zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 7 do Regulaminu)
- 4) Pacjentom zgłaszającym zapotrzebowanie zostanie zapewniony transport na/z badania lub zwrot kosztu dojazdu. W tym celu Uczestnicy projektu będą proszeni o wypełnienie „Deklaracji wsparcia uczestnika projektu w zakresie dojazdu z miejsca zamieszkania na badania dermatoskopowe i z powrotem” (zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 8 do Regulaminu).
- 5) Po udzieleniu wsparcia Uczestnik Projektu potwierdza jego otrzymanie na „Oświadczeniu o otrzymaniu wsparcia” (zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 9 i 10 do Regulaminu)
- 6) PO zakończeniu udziału w Projekcie Uczestnik Projektu zostanie poproszony o wypełnienie anonimowej Ankiety (zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 11 do Regulaminu)

#### §5

##### Procedura rekrutacji do projektu

- 1) Rekrutacja na badania profilaktyczne odbywać się będzie w trybie ciągłym. W zapisach będzie obowiązywała kolejność zgłoszeń.
- 2) W ramach projektu przewidziane zostały następujące ścieżki rekrutacji Uczestników Projektu do badań profilaktycznych:
  - a) Mieszkańcy woj. łódzkiego **w wieku 40-64 lat** na badanie będą mogli zgłosić się samodzielnie bezpośrednio do Beneficjenta w celu przeprowadzenia konsultacji dermatologicznej z wykorzystaniem dermatoskopu/videodermatoskopu. Osoby te zgłaszać się mogą telefonicznie za pośrednictwem infolinii Beneficjenta lub osobiście w rejestracji Przychodni Onkologicznej.
  - b) Mieszkańcy woj. łódzkiego **w wieku 18-39 lat**, będą mogli wziąć udział konsultacji dermatologicznej z wykorzystaniem dermatoskopu/videodermatoskopu po przeprowadzeniu badania kwalifikującego w jednej z placówek POZ Partnera Projektu. Po

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

przeprowadzeniu badania lekarz POZ może stwierdzić, iż konsultacja dermatologiczna nie jest konieczna i wówczas pacjent kończy udział w projekcie na tym etapie. Pacjent, u którego wykryto podejrzane zmiany kierowany jest na konsultację dermatologiczną, podczas której zostanie poddany badaniu znamion z wykorzystaniem dermatoskopu/videodermatoskopu.

- 3) Dokumenty rekrutacyjne dostępne są na stronie internetowej Projektu.
- 4) Złożone przez Uczestników Projektu dokumenty nie podlegają zwrotowi i są przechowywane w Biurze Projektu, stanowiąc dokumentację projektową.
- 5) Rekrutacja jest prowadzona z uwzględnieniem polityki równych szans, zapewniony jest równy dostęp Uczestników obu płci.

## §6

### Postanowienia końcowe

- 1) Niniejszy Regulamin obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu.
- 2) Beneficjent ma prawo do wprowadzania zmian w niniejszym Regulaminie.
- 3) Zmiany w niniejszym Regulaminie mogą nastąpić w przypadku zmian w Projekcie oraz na skutek zmian w przepisach.
- 4) W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają:
  - a) Zarządzenia i Decyzje Dyrektora Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi,
  - b) Wniosek o dofinansowanie projektu,
  - c) Kodeks cywilny.
- 5) Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.07.2021 r.
- 6) Aktualna treść niniejszego Regulaminu dostępna jest w Biurze Projektu oraz na stronie internetowej Projektu

### **Załączniki:**

Załącznik nr 1. Formularz zgłoszeniowy (dla osób w wieku 40-64 lat)

Załącznik nr 2. Formularz zgłoszeniowy (dla osób w wieku 18-39 lat)

Załącznik nr 3. Oświadczenie uczestnika projektu (u Beneficjenta)

Załącznik nr 4. Oświadczenie uczestnika projektu (u Partnera - Placówka POZ)

Załącznik nr 5. Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania (dla osób w wieku 40-64 lat)

Załącznik nr 6. Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania (dla osób w wieku 18-39 lat)

Załącznik nr 7. Karta Ryzyka



*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

Załącznik nr 8. Deklaracja wsparcia uczestnika projektu w zakresie dojazdu z miejsca zamieszkania na badania dermatoskopowe i z powrotem.

Załącznik nr 9. Oświadczenie o otrzymaniu wsparcia (u Beneficjenta)

Załącznik nr 10. Oświadczenie o otrzymaniu wsparcia (u Partnera - Placówka POZ)

Załącznik nr 11. Ankieta uczestnika projektu.

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

NR 

--	--	--	--

 / 

2	0	2	
---	---	---	--

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego”

<b>Imię:</b>		<b>Nazwisko:</b>												
<b>PESEL:</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													

**Tel:** .....

**Adres e-mail:** .....

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

- dobrowolnie zgłaszam się, deklaruję chęć i gotowość i wyrażam zgodę na udział w projekcie „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego”.
- zostałem/-am poinformowany o przebiegu i znane mi są warunki uczestnictwa w projekcie pn. „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego”
- jestem w wieku 40-64 lat (wg. daty urodzenia)**
- mieszkam/uczę się/pracuję na terenie woj. łódzkiego
- nie miałem/-am dotychczas zdiagnozowanych zmian nowotworowych skóry
- nie uczestniczyłem/-am w projekcie pn. „Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawonokórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim” realizowanym przez Warszawski Uniwersytet Medyczny, ani innym projekcie realizowanym w ramach „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”
- w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie korzystałem/-am z konsultacji dermatologicznej wraz z badaniem dermatoskopowym/wideodermatoskopowym w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ

.....

Data

.....

Podpis uczestnika projektu

Rzeczpospolita  
Polskawojewództwo  
łódzkieUnia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

POZ					/	2	0	2	
-----	--	--	--	--	---	---	---	---	--

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego”

Imię:		Nazwisko:	
PESEL:			

Tel: .....

Adres e-mail: .....

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

- dobrowolnie zgłaszam się, deklaruję chęć i gotowość i wrażliwość na udział w projekcie „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego”.
- zostałem/-am poinformowany o przebiegu i znane mi są warunki uczestnictwa w projekcie pn. „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego”
- jestem w wieku 18-39 lat (wg. daty urodzenia)**
- mieszkam/uczę się/pracuję na terenie woj. łódzkiego
- nie miałem/-am dotychczas zdiagnozowanych zmian nowotworowych skóry
- nie uczestniczyłem/-am w projekcie pn. „Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim” realizowanym przez Warszawski Uniwersytet Medyczny, ani innym projekcie realizowanym w ramach „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”
- w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie korzystałem/-am z konsultacji dermatologicznej wraz z badaniem dermatoskopowym/wideodermatoskopowym w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ
- stwierdziłem/-am u siebie występowanie następujących czynników ryzyka:
  - duża ilość znamion
  - nowotwory skóry u bliskich krewnych
  - jasna karnacja, włosy rude oraz niebieskie lub zielone oczy
  - obniżona odporność
  - narażenie na długotrwałe promieniowanie słoneczne z tytułu wykonywanego zawodu lub hobby
  - częste wyjazdy zawodowe lub rekreacyjne do słonecznych krajów
  - częste korzystanie z solarium
  - inne (jakie?) .....

.....  
Data

.....  
Podpis uczestnika projektu



Rzeczpospolita  
Polska



województwo  
**łódzkie**

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry  
dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

.....  
*Pieczętka ośrodka*

### **ZALECENIE UDZIAŁU**

w programie profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego  
dla mieszkańców województwa łódzkiego

Ja, niżej podpisany/-a, oświadczam, iż na podstawie zgromadzonych danych z Formularza zgłoszeniowego oraz przeprowadzonego badania skóry całego ciała, w/w pacjent/-ka:

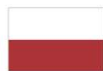
- kwalifikuje się
- nie kwalifikuje się

do dalszego udziału w projekcie i przeprowadzenia konsultacji dermatologicznej wraz z badaniem dermatoskopowym/wideodermatoskopowym wszystkich znamion.

.....  
*Data*

.....  
*Podpis lekarza*



Rzeczpospolita  
Polskawojewództwo  
łódzkieUnia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry  
dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)

NR

				/	2	0	2	
--	--	--	--	---	---	---	---	--

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego” zobowiązuję się, że:

1. W terminie 4 tygodni po zakończenia udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

2. ~~W terminie do ..... od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej.\*~~

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuję:

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.

2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

- w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - [iod@lodzkie.pl](mailto:iod@lodzkie.pl)
- w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych” - [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl)

lub adres poczty [iod@kopernik.lodz.pl](mailto:iod@kopernik.lodz.pl)

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- 1) w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:
  - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
  - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
  - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
- 2) w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:
  - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
  - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
  - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
  - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, wertyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

5. Odbiorcą moich danych jest:

- a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
- b) Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
- c) Beneficjent realizujący Projekt – Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.

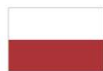
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.

11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowania.

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*czytelny podpis uczestnika projektu*

Rzeczpospolita  
Polskawojewództwo  
łódzkieUnia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry  
dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)

POZ					/	2	0	2	
-----	--	--	--	--	---	---	---	---	--

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego” zobowiązuję się, że:

1. W terminie 4 tygodni po zakończenia udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

2. ~~W terminie do ..... od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej.\*~~

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuję:

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.

2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

- w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - [iod@lodzkie.pl](mailto:iod@lodzkie.pl)
- w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych” - [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl)

lub adres poczty [iod@kopernik.lodz.pl](mailto:iod@kopernik.lodz.pl)

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- 1) w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:
  - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
  - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
  - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
- 2) w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:
  - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
  - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
  - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
  - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, wertyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

5. Odbiorcą moich danych jest:

- a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
- b) Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
- c) Beneficjent realizujący Projekt – Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
- d) Partner realizujący Projekt – Adamed Sp z o.o., ul. Paderewskiego 11, 93-530 Łódź

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.

9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.

11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowania.

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*czytelny podpis uczestnika projektu*

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

NR 

--	--	--	--

 / 

2	0	2	
---	---	---	--

**ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA**  
 prosimy wypełniać drukowanymi literami

**DANE UCZESTNIKA**

<b>KRAJ</b>											
<b>NAZWISKO</b>											
<b>IMIĘ</b>											
<b>PESEL</b>											
<b>PŁEĆ</b>	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna					
<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu</b>											
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe			<input type="checkbox"/> podstawowe							
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne			<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne							
	<input type="checkbox"/> policealne			<input type="checkbox"/> wyższe							

**DANE KONTAKTOWE**

<b>województwo</b>											
<b>powiat</b>											
<b>gmina</b>											
<b>miejsowość</b>											
<b>ulica</b>											
<b>nr budynku</b>			<b>nr lokalu</b>			<b>kod pocztowy</b>					
<b>telefon kontaktowy</b>											
<b>adres e-mail</b>											

**SZCZEGÓŁY WSPARCIA**

**STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

<b>OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY</b>											
w tym:											
<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna					<input type="checkbox"/> inne						
<b>OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY</b>											
w tym:											
<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna					<input type="checkbox"/> inne						
<b>OSOBA BIERNĄ ZAWODOWO</b>											
w tym:											
<input type="checkbox"/> osoba ucząca się											
<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu											
<input type="checkbox"/> inne											

**OSOBA PRACUJĄCA**

w tym:

- osoba pracująca w administracji rządowej
- osoba pracująca w administracji samorządowej
- osoba pracująca w MMŚP
- osoba pracująca w organizacji pozarządowej
- osoba prowadząca działalność na własny rachunek
- osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- inne

**WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca)**

- instruktor praktycznej nauki zawodu
- nauczyciel kształcenia ogólnego
- nauczyciel wychowania przedszkolnego
- nauczyciel kształcenia zawodowego
- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- pracownik instytucji rynku pracy
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
- rolnik
- inny

**ZATRUDNIONY W (miejsce zatrudnienia) :****STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU****OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA**

- NIE                       TAK                       ODMOWA PODANIA INFORMACJI

**OSOBA BEZDOMNA LUB OBJĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ**

- NIE                       TAK

**OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

- NIE                       TAK                       ODMOWA PODANIA INFORMACJI

**OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (inne niż wymienione powyżej):**

- NIE                       TAK                       ODMOWA PODANIA INFORMACJI

.....  
Data

.....  
Podpis uczestnika projektu



*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

POZ					/	2	0	2	
-----	--	--	--	--	---	---	---	---	--

**ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA**  
 prosimy wypełniać drukowanymi literami

**DANE UCZESTNIKA**

<b>KRAJ</b>											
<b>NAZWISKO</b>											
<b>IMIĘ</b>											
<b>PESEL</b>											
<b>PŁEĆ</b>	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna					
<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu</b>											
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe			<input type="checkbox"/> podstawowe			<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne				
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne			<input type="checkbox"/> policealne			<input type="checkbox"/> wyższe				

**DANE KONTAKTOWE**

<b>województwo</b>											
<b>powiat</b>											
<b>gmina</b>											
<b>miejsowość</b>											
<b>ulica</b>											
<b>nr budynku</b>		<b>nr lokalu</b>		<b>kod pocztowy</b>							
<b>telefon kontaktowy</b>											
<b>adres e-mail</b>											

**SZCZEGÓŁY WSPARCIA**

**STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

<b>OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY</b> <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<b>OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY</b> <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<b>OSOBA BIERNIA ZAWODOWO</b> <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne

**OSOBA PRACUJĄCA**

w tym:

- osoba pracująca w administracji rządowej
- osoba pracująca w administracji samorządowej
- osoba pracująca w MMŚP
- osoba pracująca w organizacji pozarządowej
- osoba prowadząca działalność na własny rachunek
- osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- inne

**WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca)**

- instruktor praktycznej nauki zawodu
- nauczyciel kształcenia ogólnego
- nauczyciel wychowania przedszkolnego
- nauczyciel kształcenia zawodowego
- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- pracownik instytucji rynku pracy
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
- rolnik
- inny

**ZATRUDNIONY W (miejsce zatrudnienia) :****STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU****OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA**

- NIE                       TAK                       ODMOWA PODANIA INFORMACJI

**OSOBA BEZDOMNA LUB OBJĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ**

- NIE                       TAK

**OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

- NIE                       TAK                       ODMOWA PODANIA INFORMACJI

**OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (inne niż wymienione powyżej):**

- NIE                       TAK                       ODMOWA PODANIA INFORMACJI

.....  
Data

.....  
Podpis uczestnika projektu

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

NR 

--	--	--	--

 / 

2	0	2	
---	---	---	--

<b>Imię:</b>		<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>			

## KARTA RYZYKA

CZ. I (wypełnia pacjent)

1. Obszar zamieszkania:
 

<input type="checkbox"/> wieś	<input type="checkbox"/> miasto do 10 tys. mieszkańców
<input type="checkbox"/> miasto do 50 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/> miasto od 50 tys.- 100 tys. mieszkańców
<input type="checkbox"/> miasto od 100 tys. do 500 tys.	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 500 tys.
2. Wykształcenie:
 

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> średnie
<input type="checkbox"/> zawodowe	<input type="checkbox"/> wyższe
3. Udział w programie polityki zdrowotnej na terenie woj. łódzkiego:
  - pierwszorazowy
  - uczestnik innych programów polityki zdrowotnej woj. łódzkiego
4. Sposób kwalifikacji do programu:
 

<input type="checkbox"/> rejestracja samodzielna - wiek 40-64 r.ż.	<input type="checkbox"/> zaproszenie od lekarza POZ
--	---
5. Motywacja do udziału w badaniu:
  - z powodu wielu pieprzyków, przebarwień, znamion na skórze
  - znamię zmieniło się lub wygląda podejrzenie, pojawiła się nowa zmiana
  - w przeszłości zdiagnozowano u mnie nowotwór skóry
  - w mojej rodzinie zdiagnozowano raka skóry
  - jestem osobą z jasną karnacją, rudą, z niebieskimi lub zielonymi oczami
  - jestem osobą o obniżonej odporności
  - chcę zbadać skórę w ramach profilaktyki
  - inna.....
6. Czy poddany/a był/a Pan/Pani kiedykolwiek wcześniej badaniu dermatoskopowemu?
 

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
------------------------------	------------------------------

 Liczba badań dermatoskopowych w przeszłości: .....
7. Czy Pana/Pani aktywność zawodowa jest lub była związana z przebywaniem na słońcu? Jeśli tak to przez ile lat?
 

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, przez:	<input type="checkbox"/> 1 rok lub mniej	<input type="checkbox"/> 5-10 lat	<input type="checkbox"/> 1-5 lat	<input type="checkbox"/> ponad 10 lat
------------------------------	--------------------------------------	--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

 Obecnie wykonywany zawód: .....



19. Czy spędził/a Pan/i rok lub więcej w kraju o znacznie wyższym nasłonecznieniu, niż miejsce obecnego zamieszkania?
- nie
- tak, przed osiągnięciem 18. r.ż./ liczba lat .....
- tak, w życiu dorosłym/ liczba lat.....
20. Jak często zgłasza się Pan/Pani na badanie swoich znamion?
- częściej niż raz w roku  raz na 2 lata
- raz w roku  to moje pierwsze badanie
21. Czy zna Pan/Pani liczbę znamion na ciele?
- < 25  25-50  50-100  >100  nie znam
22. Czy przeprowadzał/a Pan/Pani samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy?
- tak  nie wiem/nie pamiętam  nie
23. Jeśli tak, jak często przeprowadzał/a Pan/Pani samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy ?
- codziennie  raz w tygodniu
- raz w miesiącu  raz na pół roku
24. Czy starała się Pan/Pani ograniczać bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia?
- tak  nie wiem  nie
25. Czy starała się Pan/Pani ograniczać bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy?
- tak  nie wiem  nie
26. Czy chorował/a Pan/Pani na czerniaka?
- tak  nie wiem  nie
27. Czy chorowała Pani/Pan na inne nowotwory skóry?
- tak  nie wiem  nie
28. Czy ktoś w Pani/Pana najbliższej rodzinie chorował na czerniaka (krewni pierwszego stopnia: ojciec, matka, brat i siostra):
- nie  tak, 1 osoba  tak, więcej niż 2 osoby  nie wiem
29. Czy przyjmuje Pan/Pani leki immunosupresyjne?
- tak  nie wiem  nie
30. Czy cierpi Pan/Pani na przewlekłe choroby zapalne skóry?
- tak  nie wiem  nie

.....

Data

.....

Podpis pacjenta

## KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

CZ. II (wypełnia lekarz)

1. Występowanie czerniaka u krewnych pierwszego stopnia:  
 nie  tak, u więcej niż 2 krewnych  
 tak, u 1 krewnego  pacjent nie wie
2. Wcześniejsze występowanie raka skóry w wywiadzie osobniczym:  
 nie  tak, czerniak skóry  
 tak, nieczerniakowy rak skóry  pacjent nie wie
3. Badanie znamion całego ciała przeprowadzono z użyciem:  
 dermatoskopu  wideodermatoskopu
4. Liczba znamion na skórze pacjenta:  
 < 25  25-50  50-100  >100
5. Obecność zmian atypowych:  
 tak, liczba zmian  nie
6. Obecność plam soczewicowatych na skórze pleców/klatki piersiowej:  
 tak  nie
7. Stwierdzono rógowacenie słoneczne:  
 tak  nie
8. Kliniczne podejrzenie czerniaka:  
 nie  tak, liczba zmian .....
9. Kliniczne podejrzenie raka podstawnokomórkowego (BCC):  
 nie  tak, liczba zmian .....
10. Kliniczne podejrzenie raka kolczystokomórkowego (SCC):  
 nie  tak, liczba zmian .....
11. Jeśli obecna jest na ciele pacjenta zmiana, która budzi podejrzenia, kto pierwotnie ją dostrzegł?  
 pacjent  dermatolog  
 inny pracownik służby zdrowia  rehabilitant  
 kosmetolog  partner/współmałżonek  
 inna osoba
12. Szczegółowy opis badania dermatoskopowego wraz z rozpoznaniem:

13. Wynik badania lekarskiego:

- nie stwierdzono zmian nowotworowych
- zmiana o charakterze sugerującym nieczerniakowy nowotwór skóry
- zmiana podejrzana
- zmiana sugerująca czerniaka

14. Zalecenia dla pacjenta:

- wizyta kontrolna u dermatologa/chirurga onkologa za 6 miesięcy
- wizyta kontrolna u dermatologa/chirurga onkologa za 12 miesięcy
- skierowano na konsultację onkologa/chirurga onkologa
- skierowano na dalszą diagnostykę: .....

.....

*Data*

.....

*Podpis lekarza*

Rzeczpospolita  
Polskawojewództwo  
łódzkieUnia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

NR 

--	--	--	--

 / 

2	0	2	
---	---	---	--

## Deklaracja wsparcia uczestnika projektu w zakresie dojazdu z miejsca zamieszkania na badania dermatoskopowe i z powrotem

(proszę o wypełnienie **tylko jednego** z poniższych druków zgodnie z potrzebami)

### Druk A

#### Informacja o korzystaniu z transportu organizatora

Imię i nazwisko: .....

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego” realizowanego przez Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, oświadczam, że zgłaszam chęć skorzystania z transportu zapewnionego przez organizatora na badanie dermatoskopowe i z powrotem.

Miejsce odbioru uczestnika projektu .....

Oświadczam, że zapoznałem się z *Regulaminem wsparcia uczestnika projektu w zakresie dojazdu z miejsca zamieszkania na badania dermatoskopowe i z powrotem*

Data: ..... Podpis uczestnika .....

### Druk B

#### Oświadczenie o rezygnacji z transportu organizatora / ze zwrotu kosztów dojazdu na badanie

Imię i nazwisko: .....

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego” realizowanego przez Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi oświadczam, że miałem/-am możliwość skorzystania z transportu zapewnionego przez organizatora lub zwrotu kosztów dojazdu na badanie, jednak dobrowolnie nie korzystam z tej możliwości.

Data: ..... Podpis uczestnika .....







Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)

NR 

--	--	--	--

 / 

2	0	2	
---	---	---	--

### OŚWIADCZENIA O OTRZYMANIU WSPARCIA

<b>Imię:</b>		<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>			

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że w ramach projektu pn. „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego”:

- odbyłem/-am konsultację dermatologiczną w Szpitalu im. M. Kopernika w Łodzi wraz z badaniem:
  - dermatoskopem
  - wideodermatoskopem
- otrzymałem/-am materiały edukacyjne
- otrzymałem/-am „Informację dla lekarza POZ”

W celu dojazdu na badanie i z powrotem:

- skorzystałem/-am z transportu zapewnionego przez organizatora
- złożyłem/-am wniosek o zwrot kosztów dojazdu transportem własnym
- miałem/-am możliwość skorzystania z transportu zapewnionego przez organizatora lub zwrotu kosztów dojazdu na badanie, jednak dobrowolnie nie korzystam z tej możliwości.

Data otrzymania wsparcia .....

Czytelny podpis uczestnika projektu .....

Podpis i pieczętka wykonującego badanie .....



*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

POZ					/	2	0	2	
-----	--	--	--	--	---	---	---	---	--

\_\_\_\_\_  
Pieczętka POZ

### OŚWIADCZENIE O OTRZYMANIU WSPARCIA W PLACÓWCE POZ

Imię:							Nazwisko:						
PESEL:													

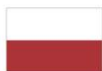
Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że w ramach projektu pn. „Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego”:

- odbyłem/-am konsultację obejmującą szczegółowe badanie skóry całego ciała w placówce POZ
- otrzymałem/-am materiały edukacyjne

Data otrzymania wsparcia .....

Czytelny podpis uczestnika projektu .....

Podpis i pieczętka lekarza wykonującego badanie .....

Rzeczpospolita  
Polskawojewództwo  
łódzkieUnia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

## **Ankieta satysfakcji pacjenta i oceny skuteczności „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”**

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

poniższa ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii oraz uwag na temat **"Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego"** oraz ocenę skuteczności w/w Programu.

Wnioski z ankiet są użyteczne do prac nad kolejnymi tego rodzaju programami prowadzonymi przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego.

Prosimy o udzielanie odpowiedzi poprzez zaznaczenie odpowiednich pól znakiem „X”. **Ankieta jest anonimowa.**

### **Część I. ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA**

1. Płeć:
 

<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
----------------------------------	------------------------------------
2. Data urodzenia: (proszę wpisać).....
3. Wykonywany zawód: (proszę wpisać).....
4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z udziału w Programie?
 

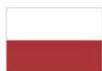
<input type="checkbox"/> zdecydowanie tak	<input type="checkbox"/> raczej tak
<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> zdecydowanie nie
<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć	
5. Czy wzięłaby Pani/ wzięłby Pan ponownie udział w podobnym Programie?
 

<input type="checkbox"/> zdecydowanie tak	<input type="checkbox"/> raczej tak
<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> zdecydowanie nie
<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć	
6. Czy poleciałaby Pani/poleciałby Pan ten Program innym osobom?
 

<input type="checkbox"/> zdecydowanie tak	<input type="checkbox"/> raczej tak
<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> zdecydowanie nie
<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć	
7. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y ze sposobu organizacji świadczeń w Programie (godziny udzielania świadczeń, warunki lokalowe itd.?)
 

<input type="checkbox"/> zdecydowanie tak	<input type="checkbox"/> raczej tak
<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> zdecydowanie nie
<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć	
8. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z podejścia personelu medycznego udzielającego świadczeń w Programie (pod względem uprzejmości, życzliwości, zainteresowania pacjentem)?
 

<input type="checkbox"/> zdecydowanie tak	<input type="checkbox"/> raczej tak
<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> zdecydowanie nie
<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć	

Rzeczpospolita  
Polskawojewództwo  
łódzkieUnia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

9. Czy zakres świadczeń udzielanych w Programie odpowiadał na Pani/Pana potrzeby zdrowotne?
- zdecydowanie tak  raczej tak  
 raczej nie  zdecydowanie nie  
 trudno powiedzieć
10. Czy przez udział w Programie zwiększyła/ł Pani/Pan swoją wiedzę na temat samobadania skóry podczas codziennych zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych, które może Pani/Pan sama/sam wykonywać w domu?
- zdecydowanie tak  raczej tak  
 raczej nie  zdecydowanie nie  
 trudno powiedzieć

## Część II. ANKIETA OCENY SKUTECZNOŚCI PROGRAMU

11. Czy w wyniku udziału w ww. projekcie wzrosła Pani/Pana wiedza o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory skóry, w tym szczególnie czerniaka?
- tak  nie
12. Czy w wyniku udziału w ww. projekcie wzrosła Pani/Pana wiedza o szkodliwości promieniowania UV?
- tak  nie
13. Czy w wyniku udziału w ww. projekcie wzrosła Pani/Pana wiedza w zakresie skutecznej ochrony przeciwśłonecznej?
- tak  nie
14. Czy częściej niż przed udziałem w projekcie wykazuje Pani/Pan zachowania prozdrowotne w zakresie profilaktyki nowotworu skóry czerniaka?

Proszę zaznaczyć „TAK” w przypadku istnienia przynajmniej dwóch spośród poniższych zachowań:

- regularne (przynajmniej raz w miesiącu) samobadanie skóry,
- kontrolne coroczne wizyty u dermatologa lub chirurga-onkologa / coroczne uczestnictwo w badaniach dermatoskopowych lub wideodermatoskopowych,
- zmniejszenie ryzyka oparzeń słonecznych poprzez ograniczenie aktywności niezwiązanych z pracą zawodową, związanych z przebywaniem na słońcu,
- rezygnacja lub ograniczenie korzystania z solarium,
- rezygnacja lub ograniczenie korzystania z lampy kwarcowej do opalania,
- stosowanie kremów z filtrem UV podczas przebywania na słońcu w słoneczne dni powyżej 1 godziny,
- stosowanie kremów przeciwśłonecznych podczas opalania,
- ograniczenie bezpośredniej ekspozycji na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia,
- stosowanie okularów z filtrem UV w słoneczne dni,
- stosowanie odzieży chroniącej przed promieniowaniem UV,
- inne .....

Rzeczpospolita  
Polskawojewództwo  
łódzkieUnia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*

 tak nie

15. Czy wzrosły Pani/Pana umiejętności dotyczące rozpoznawania swoistych/nieswoistych sygnałów wymagających konsultacji ze specjalistą?

Proszę zaznaczyć „TAK” w przypadku istnienia przynajmniej dwóch spośród poniższych:

- Umiejętności rozpoznawania zmian dotyczących już istniejących znamion, w szczególności:
  - zgrubienie,
  - zaczerwienienie wokół znamienia,
  - swędzenie,
  - krwawienie,
  - powiększenie,
  - zmiany zabarwienia,
  - zmiana kształtu,
- Umiejętności rozpoznawania zmian w obrębie znamienia budzących niepokój onkologiczny, w szczególności:
  - asymetria - zmiana kształtu znamienia z okrągłej na niesymetryczną,
  - brzegi - nierówne, postrzępione brzegi znamienia,
  - kolor zmiany w zabarwieniu znamienia: ściemnienie, rozjaśnienie, różne zabarwienia w obrębie tego samego znamienia,
  - rozmiar, średnica znamienia - ocenie powinny być poddane wszelkie znamiona o wielkości powyżej 6 mm,
- Umiejętności stwierdzenia nowego lub zwiększającego się znamienia/znamion, w tym znamiona atypowe tzn. charakteryzuje się nieregularnym kształtem oraz różnymi kolorami.
- Umiejętności stwierdzenia oparzenia słonecznego wymagającego konsultacji ze specjalistą dermatologiem,
- Uzyskana wiedza, że czerniak może powodować zmiany w strukturach skóry, niewidoczne gołym okiem – dlatego tak ważne są coroczne badania dermatoskopowe lub wideodermatoskopowe.
- Uzyskana wiedza, że czerniak może rozwijać się nie tylko na skórze, ale także – choć zdarza się to rzadko – wewnątrz gałki ocznej lub na spojówce (czerniak oka).
- Uzyskana wiedza, że czerniak może powodować przerzuty, w tym między tzw. ogniskiem pierwotnym czerniaka, a węzłem chłonny, poprzez przerzuty do węzłów chłonnych, aż do przerzutów do odległych narządów chorego. Odległe przerzuty są wykrywane w płucach, jelitach, wątrobie, w mózgu, w kościach, rzadziej w trzustce i tchawicy.
- Inne .....

 tak nie

16. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczyła Pani/Pan poważnego oparzenia słonecznego (bolesne oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?

 tak nie

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Rzeczpospolita  
Polska**



województwo  
**łódzkie**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Świadoma profilaktyka II – program wczesnego wykrywania nowotworów skóry dla mieszkańców województwa łódzkiego (Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0009/20)*